Rok XXVIII. Kraków, 27 Lipca 1889. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale.

Podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Hercogowinie.

Kiedy po pomnikowych pracach Kocha i szkoły berlińskiéj, inaugurujących nową erę dla badań bakteryjologicznych zwrócono się z zapałem do studyjowania zarazków i ich stosunku do ustroju ludzkiego lub zwierzęcego,— mimowoli nasunęła się obawa, że wkrótce zabraknie materyjału, że postęp ten i szybki rozwój z natury rzeczy wnet zastojowi ustąpić będzie musiał. Nie brakło głosów przepowiadających nagłą i szybką ruinę młodéj téj, a tak energicznie w wszelkie gałęzie wiedzy lekarskiéj wkraczającéj nauki — bo nie brakło nawet panfletów. Czy głosy te uzasadnionemi były, świadczy literatura bakteryjologiczna ubiegającego lat dziesiątku, a jeżeli z postępem nauki wiele wrzekomych odkryć odrzuconemi być musiało i wiele szczegółów, z udoskonaleniem metod badania, jako nie wytrzymujących krytyki odpadło, nie uszczupla to bynajmniéj znaczenia potężnéj dziś już gałęzi wiedzy; co dzień nasuwają się nowe pytania, otwierają się nowe pola do badania, bo zbliża się czas praktycznego zastosowania mozolnie zebranych wyników.

Wiekopomne odkrycie zarazka gruźlicy lub cholery przez Kocha, rzucające nowe światło na poglądy nasze na etyjologiję niszczących tych chorób, na pozór mało przyczyniło się do praktycznego zastosowania tych wyników — do leczenia pomienionych chorób;—wykryte szczegóły bijologiczne grzybków owych znalazły jednak w hygijenie wnet praktyczne zastosowanie, bo pokuszono się o wykrycie środków, rozszerzenia chorób owych utrudniających lub znoszących, pokuszono się o osiągnięcie praktycznych rezultatów w drugiéj, a mem zdaniem, bodaj czy nie ważniejszéj, części zadania wiedzy lekarskiéj, zapobiegania powstawaniu epidemij.

Literatura prątka durowego od ostatnich lat 7-miu rośnie rokrocznie w znakomity sposób, zbiór odnośnych publikacyj dziś poważny stanowiłby księgozbiór, a jeżeli odkrycie Ebertha i Gaffkego nie cieszy się dotychczas taką popularnością, jak wykrycie jadu wąglika, gruźlicy, cholery lub duru powrotnego, to przyczyny zjawiska tego szukać należy w braku wybitnych i do badania każdemu dostępnych cech charakterystycznych grzybka tego.

Badanie bakteryjologiczne kału przez Nothnagla[1]) Bienstocka[2]) i Eschericha[3]) zainaugurowane mało dotychczas znalazło zwolenników, chociaż wątpić nie należy, że i na nie kiedyś kolej przyjść musi, trudności przy badaniu tem nasuwające się, konieczność łączenia badań bakteryjologicznych z badaniem spraw chemicznych, bez których bakteryjologija kału znaczenie chyba dla systematyki i florystyki mieć by mogła — są zjawiska tego przyczyną, a przecież badanie to dla hygijeny społecznéj nie mniejszego od badania wody lub powietrza jest znaczenia. Badanie żywotności prątków durowych w kale osób durem dotkniętych. zachowanie się tychże w zawartości kanałów lub wychodków nie mniejszego są znaczenia od wynalezienia środków do leczenia duru służących, od wynajdywania cech, rozpoznanie choroby ulatwiających.

Rozporządzając znacznym materyjałem, łaskawie mi przez kolegów wojskowych z szpitala wojskowego w Stolacu odstąpionym i napotykanym w praktyce prywatnéj, po przezwyciężeniu mnóstwa trudności, z jakiemi każda pracownia prywatna, a osobliwie pracownia w tak odległych od świata cywilizowanego stronach jak moja położona, do walczenia koniecznie mieć musi, po rozlicznych próbach zastąpienia brakującego mi gazu naftą lub gazoliną, zabrałem się do opracowania wyż podanych, a mało dotychczas dotkniętych pytań właśnie dla niezmiernego tychże dla hygijeny znaczenia.

Rozpoczynając badania moje, które na tem miejscu streszczenie znachodzą, postawiłem sobie następujące pytania:

I. W jakim okresie chorobowym swoiste prą-

tki durowe w wydzielinie kałowéj chorych durem dotkniętych wykazanemi być mogą?

II. Czy ewentualne wykazanie tychże uważanem być może za szczegół rozpoznanie ułatwiający?

III. Jak długo prątki durowe w kale zawarte w tymże żywotność swoją zachowują? i wreszcie

IV. Jak długo prątki durowe z kałem osób durem dotkniętych zmięszane, z zawartością wychodków lub kanałów utrzymywać się są w stanie?

Spostrzeżenie Pfeifera[4]), że prątki durowe w kale osób durem dotkniętych przez hodowlę wykazanymi być mogą, wkrótce przez podanie Fraenkla i Simmoredsa[5]) Seitza[6]), Wilczura[7]), Lepidi-Chiottego[8]), Chantemesse-Widala[9]), Merkla[10]),-Goldschmieda[11]) i piszącego[12]) potwierdzonem zostało, brakło jednak poszukiwań nad czasowem tychże pojawieniem się, oraz nad możliwym związkiem między ilościowem tychże występowaniem a nasileniem choroby.

Poszukiwania moje rozciągnąłem w pewnéj linii na 21 przypadków typowego duru brzusznego, w których przeciętnie od 4-go dnia choroby, skoro rozpoznanie kliniczne przez wykazanie kruczenia w kiszce ślepéj, przebieg ciepłoty, pojawienie się osutki oraz kału płynnego stwierdzone zostało, kał dobrowolnie oddany, lub za pomocą zjałowionego cewnika szklannego z odbytnicy wydobyty, z jednéj strony na znachodzące się w nim prątki badałem, z drugiéj zaś żywotność prątków tych studyjowałem.

Nie widzę potrzeby wdawania się w opis postępowania przy hodowlach płytkowych lub obrotowych Esmarcha, któremi się przy badaniu posługiwałem, a które czytelnikowi zkądinąd dobrze są znane; tu nadmienię tylko, że próbki kału 1—2 ctm.³ mięszałem z 50 ctm.³ zjałowionéj wody przekroplonéj i po dokładnem skluceniu, używając 0·01—0·001 ctm.³ mięszaniny z 10% pożywką żelatynową do hodowli płytkowych lub obrotowych używałem, powstałe kolonije pod kontrolą mikroskopu oznaczałem, a podejrzane przez dalsze przeszczepianie i hodowlę stwierdzałem.

Jako wynik badania kału 21 chorych znalazłem, że prątki durowe ani razu przed 9-tym dniem choroby wykazanemi być nie mogły, a mianowicie 2 razy znalazłem je w małéj ilości kolonij w dniu 9-tym, 2 razy w 10-tym, 4 razy w 12-tym, 9 razy w 14-tym, 2 razy dopiero w 17-tym, a 3 razy w 21 szym dniu, licząc od zasłabnięcia. Do codziennego badania stosowałem w każdym przypadku 6 — 10 hodowli płytkowych lub obrotowych, które następnie w ciepłocie termostatu lub pokoju 16—18° C. pozostawały.

W badanych wypadkach zatem udało mi się, jeżeli tylko badanie odpowiednio długo rozciągniętem było, swoiste prątki durowe drogą hodowli wykazać. Stosownie do anatomicznego obrazu choroby, nie pojawiają się one przed okresem obumierania powszechnego naciekłych kęp Payerowskich, a zupełnie odpowiednio do nierównomiernego postępu sprawy chorobowéj w rozmaitych wypadkach nie jednakim jest czas, w którym też prątki do kału się dostają.

Jeżeli przez dodatni wynik poszukiwania tego kwestyja wartości środka rozpoznawczego niejako przychylnie rozciągniętą została, to badanie bakteryjologiczne kału w przypadkach atypowego przebiegu duru, w przypadkach duru Hercegowinie właściwego, wielkie oddała mi usługi.

W kilku powiatach południowéj Hercegowiny z nastaniem pory gorącéj występować zwykła osobliwsza miejscowa choroba, któréj lekarze wojskowi przed laty miano choroby psiéj (*Hundskrankheit*) nadali, któréj lud od również miejscowéj zimnicy nie odróżnia, a która przez osobliwy przebieg swój w grupę chorób zakaźnych zaliczoną być musi. Na innem miejscu będę miał sposobność nieco obszerniéj o chorobie téj pomówić, tu chciałbym jedynie w krótkim zarysie podać jéj cechy. Po kilka dni trwającym okresie zwiastunowym, objawiającym się bólem głowy, zaparciem stolca i ogólnem osłabieniem, bez poprzedzającego wybitnego dreszczu, następuje nagłe podniesienie się ciepłoty, nierzadko do 40° C. i wyżéj, zazwyczaj bez wybitnych wahań dni 4—6 trwające. Przy badaniu wykazać można obrzęk macalny śledziony, nierzadko dość licznie rozsianą, a do ukłuć komarów podobną osutkę, ograniczającą się do karku i kończyn, napięcie i przyspieszenie tętna, które jednak od drugiego dnia choroby poniżéj normy (do 50 uderzeń na minutę) opada, zaparcie stolca, brak bolesności nad kiszką ślepą, mierne nastrzykanie spojówek i silne obłożenie języka, którego koniec w kształcie trójkąta czystym pozostaje. Z szybkiem opadnięciem ciepłoty, poprzedzonem silnemi potami, występuje rozwolnienie, uczucie ogólnego osłabienia, bólów w kończynach, które wraz z rozwolnieniem dłuższy czas, zazwyczaj 2—3 tygodni, trwać zwykły. Rzadko napotkać można przypadki równe sobie przebiegiem, niekiedy trwa podnoszenie się ciepłoty zaledwie dni 2, niekiedy przedłuża się do tygodnia; częstemi są objawy zajęcia sensorium, kurczów w łydkach, utraty przytomności przy względnie niskiéj jeszcze ciepłocie, nie brak nawrotów krótkotrwałych w drugim lub trzecim tygodniu choroby, oraz krwawych, płynnych stolców. Spostrzegając przed laty 2-ma kilka przypadków choroby téj i mając sposobność wykonania sekcyi (śmiertelność z choroby téj nieznaczna, wyleczenie należy zaliczyć do reguły), nie wahałem się wypowiedzieć zdania, że chorobę tę za atypowy obraz duru brzusznogo uważać należy; w roku bieżącym mając sposobność obserwowania większéj ilości przypadków, z których dotychczas 3 śmiercią się zakończyły, na podstawie obrazu anatomicznego i wyników badania bakteryjologicznego kału, zmuszony jestem pozostać przy poprzednio wypowiedzianem zdaniu, że owa w południowéj Hercegowinie miejscowo występująca choroba niczem innem, jak durem brzusznym o łagodnym a nieprawidłowym przebiegu nie jest.

W 26 przypadkach obserwowanych bądź w szpitalu wojskowym w Stolacu, bądź w praktyce prywatnéj udało mi się wykazać przy należycie przedłużonem badaniu kału drogą hodowli płytkowych w drugim lub trzecim tygodniu choroby charakterystyczne prątki durowe Ebertha-Gaffkego W 14-tu zaś wykazanie pomyślnym nie zostało uwieńczone skutkiem, co sobie albo brakiem prątków tych w wyjętéj z kału próbce, albo też brakiem owrzodzeń tłomaczyć by można.

Na jeden jeszcze szczegół charakterystyczny choroby téj chciałbym zwrócić uwagę, t. j., że wszyscy pacyjenci, których w tym kierunku wypytywałem, zgodnie podają, że przed krótkim czasu przeciągiem zakażenie zimnicze przebyli. Czyżby przebycie zimnicy, odporniéj organizm na przebieg następowego zakażenia durowego usposabiając, przyczyną atypowego przebiegu tego być miało? na to pytanie na razie odpowiedzieć nie jestem w stanie.

Ktokolwiek miał sposobność przebywania czas dłuższy w Hercegowinie, zapoznania się z trybem życia i obyczajami mieszkańców, dziwić się nie może, że choroby zakaźne, osobliwie dur brzuszny i powrotny, do stałych gości należą. Brak

kanalizacyi, otwarte doły kloaczne, wykopane w gruncie chciwie wszelki płyn pochłaniającym, upały letnie, brak wody do picia, zmuszający do używania wody rzecznej lub zbiornikowéj, niechlujstwo mieszkańców, wreszcie owe cmętarze mahometańskie wśród miast, położone w gruncie zaledwie 1 do 1½ metra ziemi posiadającym, nędzny i nieregularny tryb żywienia się, owe długotrwałe posty ludności prawosławnéj lub mahometańskiéj, niemożność przeprowadzenia dokładnéj asanacyi i desynfekcyi — wszystko to uważanem być musi za czynniki, rozwój i powstanie epidemij ułatwiające i tymże sprzyjające. Tu saméj wody jako czynnika powstawania epidemij ułatwiającego lub powodującego obwiniać nie można, bo nie brak duru w powiecie moim w wysoko położonych i wyborną wodę źródlaną posiadających osadach, podobnie jak nie brak go tam, gdzie mieszkańcy na picie wody rzecznéj lub deszczowéj są niejako skazani. Kilkakrotnie podjęte przezemnie badanie bakteryjologiczne całego szeregu wód zbiornikowych w owych częściach miasta, gdzie dur nagminny nie występował, a mieszkańcy na jednę i tę samą wodę ograniczeni byli, nigdy prątków durowych wykazać nie było w stanie, a podczas gdy w Stolacu dur typowy i atypowy od dawna do powszechnych chorób należy; w pobliskiéj osadzie Ljubinje, do któréj dla załogi i mieszkańców woda z Bregawy za Stolacem dowożoną być musi, gdzie przez miesiące letnie zaledwie 1—1½ litra na głowę wydzielaną bywa, wypadki duru lub owéj psiéj choroby do rzadkości należą i nigdy charakteru epidemii nie przybierają. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Na podstawie zmian anatomicznych kości kręgowych, które budziły podejrzenie toczącéj się sprawy zapalnéj, jako też wynikiem rozbioru moczu spowodowany przyjął Lorinser przewlekłe zapalenie kości kręgowych, prowadzące do sklerozy kości za przyczynę wyrabiania się skolijozy, odrzucając mechaniczne czynniki, nie zdolne zdaniem jego do wywołania stałego skrzywienia kręgosłupa z cechami skolijozy rzeczywistéj, rotacyją, ustaleniem się krzywizny i dołączeniem się skrzywień wyrównawczych. Mimo zasadniczych błędów naukowych, których dopuszcza się Lorinser w swéj teoryi zapalnej, upatrując w kifozie z przebiegu gruźlicy wynikłéj jedynie wyższy stopień tejże saméj choroby, która stanowi tło skolijozy, mimo usterek, które wytknął Lorenz dosadnie, przecząc poglądom co do skolijozy statycznéj w ścisłem tego słowa znaczeniu, w patologicznem zmiękczeniu kości, które Lorinser odnosi do sprawy zapalnéj, należy ocenić nowy czynnik zbyt ważny dla rozwoju skolijozy, aby bez należytych przeciwdowodów z umiejętnego badania wysnutych zbyt porywczo odsądzić go od wartości.

Najwięcéj w sposób powstania skolijozy, lubo nie rozwiązuje go w zupełności, wnika teoryja obciążenia, około któréj zasłużyli się dobrze Volkmann i Roser. Na wzorach statycznéj skolijozy w ścisłem słowa znaczeniu oparta wzbudziła ona najwięcéj słusznego zresztą uznania i do dziś dnia zajmuje w nauce o skolijozie przodujące stanowisko. W latach najżywszego rozwoju kości, całéj pełni bujania w granicach chrząstek nasadowych, gdy kość kręgów nie straciła jeszcze swéj giętkości i plastyczności, wkrada się skolijoza ze wszystkiemi swemi następstwami, wpływami obciążenia kręgów wspierana, skoro raz przyjdzie do utrwalenia się bodaj najlżejszego wygięcia kręgosłupa w bok. Ten pierwszy akt smutnie rozgrywającéj się późniéj dla chorego deformacyi nosi nazwę skolijotycznéj postawy i polega na nawykowem skrzywieniu kręgosłupa w bok z ograniczoną z powodu zaburzenia w czuciu mięśniowem ruchomością w stronę przeciwną, za którem postępujące zboczenia rozrostu kości w linijach chrząstek nasadowych pod wpływem niejednostajnego obciążenia i następowe zmiany w częściach sąsiednich kostnych i miękkich wyciskają piętno skolijotycznego skrzywienia kręgosłupa. Różnorodne momenty statyczne, jak nawykowe stanie na jednéj nodze, przeważna praca kończyną górną prawą i znaczniejsze obciążenie téj kończyny, niejednostajna długość obu kończyn, a nadewszystko właściwe ułożenie ciała przy pisaniu i innych zajęciach połączonych z siedzeniem, pociągają za sobą boczne przegięcie kręgosłupa, już to celem przesunięcia przemieszczonego punktu ciężkości, już to dla powierzenia więzadłom i hamulcom kostnym zadania podtrzymywania kręgosłupa, którego daléj znużone wysiłkiem mięśnie spełniać nie są w stanie. Potrzebą, nałogiem lub instynktowo wywołane wygięcie kręgosłupa w bok i ustalone przy częstszem powtarzaniu się i dłuższem trwaniu tego zboczenia przez skrócenie części miękkich, a zwłaszcza więzadeł z jednéj strony rozciągniętych, po drugiéj zaś przykurczonych, łączy się w naturalnem następstwie ze stężeniem kręgosłupa nie dozwalającem na ruch tegoż w kierunku przeciwnym od ustalonego wygięcia bocznego i podlega obecnie zmienionym warunkom obciążenia prostą drogą do skolijozy wiodącym. Dla czego jednak skolijoza nagabuje tylko pewną część dzieci i to przeważnie dziewczęta, mimo, że prawie wszystkie albo większa ich część narażona jest na te same szkodliwości statyczne, stanowczo teoryja obciążenia nie wyjaśnia, a odrzucając przypuszczenia Ruprechta co do stałéj łączności skolijozy z krzywicą i rozmiękczeniem kości, jako szczególnie usposabiające do skolijozy czynniki podnosi szybkie rośnięcie ciała, wiotkość połączeń stawowych, osłabienie mięśni, smuklejszą budowę kości i nieodpowiednie rozwojowi ciała wychowanie dziewcząt.

Teoryja obciążenia więc dopuszcza cały szereg momentów mniéj lub więcéj przy powstaniu skrzywienia czynnych, po nad któremi przecież wpływem swym najznaczniejszym góruje obciążenie, które kończy niejako to dzieło rozstroju działaniem innych czynników wszczęte. W szeregu dobrze zestawionym brak jednak ogniwa do splecenia go w łańcuch i niedostaje łącznika, któryby związał przejście między czynnem przechyleniem kręgosłupa w bok a skrzywieniem bocznem, utrwalonem bez możności przywrócenia zakresu normalnych ruchów, do którego przyłączają się rychło zmiany w kościach stanowiące istotne znamię skolijozy. Teoryja obciążenia tłumaczy w ten sam sposób rozmaite formy skolijozy, uważając zawsze momenta statyczne za pierwszą pobudkę rozwoju.

W skolijozie statycznéj κατ' ἐξοχήν, wywołanéj nierówną długością kończyn dolnych, wpływ ten szkodliwości statycznych najwięcéj w oczy uderza, różnice zaś w przebiegu klinicznym zawisły od czasu ich trwania, wieku chorego, jakoteż siły funkcyjonalnéj skróconéj kończyny dolnéj. Zaburzenie statyczne kręgosłupa lędźwiowego w młodym wieku chorego występujące, gdy rozrost kości jeszcze nieukończony,

przyjmuje po dłuższém trwaniu skrzywienia cechy anatomiczne, niczem od skolijozy nawykowéj się nie różniące. Często jednak nie przychodzi do utrwalenia skolijozy statycznéj a to z powodu, że albo wiek chorego wyklucza możliwość dalszego rozrostu kości i zmian następowych tychże, które takowy śród odmiennych warunków obciążenia zwykł sprowadzać lub też, że wpływ szkodliwości statycznych na kręgosłup odpada, skoro kończyna skrócona z jakiejkolwiek przyczyny zmusza chorego do prowadzenia życia siedzącego lub leżenia w łóżku.

Krzywicza odmiana skolijozy cechuje się przedewszystkiem wiadomym momentem patologicznym, tkwiącym w zmiękczeniu kości kręgowych, które pod wpływem szkodliwości statycznych i przeciążenia mało opornego kręgosłupa układają się w krzywiznę skolijotyczną, przedstawiającą po wygaśnięciu krzywicy wszystkie cechy właściwe dla nieruchoméj, sztywnéj, skolijozy nawykowéj. Skrzywienie krzywicze nagabujące najczęściéj środkową część kręgosłupa przedstawia dla teoryi obciążenia udatny wzór według jéj praw ukształtowany, tłumaczący się jasno we wszystkich szczegółach, wolny od domysłów i przerw w obrazie swego powstania.

Podczas gdy skolijoza statyczna w ścisłem słowa znaczeniu zajmuje w pierwszéj linii odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a skolijoza krzywicza zniekształca środkową część kręgosłupa, opanowuje nawykowa forma skolijozy z równą prawie częstością odcinek lędźwiowy lub piersiowy kręgosłupa. Strona, ku któréj zmierza skrzywienie skolijotyczne wypukłością wygięcia, przedstawia w skolijozie krzywiczéj równy stosunek dla prawéj i lewéj połowy ciała, wobec skolijozy statycznéj zawisła ona od kończyny krótszéj, ku któréj pochyla się miednica, a za nią wygina się wypukłością łuku kręgosłup; skolijoza nawykowa, dla któréj najczęściéj pierwszą pobudkę stanowi właściwe ułożenie ciała przy pisaniu szkolnem, zwraca się, jak to wykryły badania Schenka nad postawą dzieci piszących, jużto wypukłością swą w kręgach lędźwiowych na lewo, jużto kieruje swą wypukłość w odcinku piersiowym kręgosłupa na prawo. Do rzadkości zaś należy pierwotne skrzywienie nawykowe kręgosłupa w części lędźwiowéj na prawo lub w części piersiowéj na lewo a stanowią one wówczas w swym obrazie zupełne odbicie się przeciwnostronnych postaci.

Odróżnienie pojedynczych odmian i umiejscowienia pierwotnego skolijozy ważne ma znaczenie pod względem jéj prognozy i leczenia. Wprawdzie zastarzałe przypadki skolijozy bez względu na jéj formę i miejsce pierwotnego skrzywienia, które nadto zaciera się późniéj wobec dołączenia się skrzywień wtórorzędnych innych odcinków kręgosłupa w celach wyrównania zachwianéj równowagi, zarówno każą źle rokować opierając się uporczywie wszelkim wysiłkom leczenia, — to z drugiéj strony umiejętnie zastosowane środki i sposoby lecznicze we wcześniejszych stadyjach skolijozy, jak długo rozrost kości kręgów jeszcze nie dobiegł kresu, pozwalają na pomyślniejszą prognozę i ten wynik terapii, że zboczenie niszczące kształt i symetryję ciała uda się wyrównać w zupełności, w części, albo przynajmniéj zapobiedz dalszemu postępowi skrzywienia. Wyniki te leczenia osiągnięte trudem miesięcy, a często nawet lat, uważać trzeba za cenną zdobycz odjętą sprawie chorobowéj, która statecznie zwykle zmierza do szczytu swego rozkwitu. Klątwę nieuleczności, rzuconą na skolijozę przez Maisonaba, odnieść należy z uznaniem do czasów, gdy pod osłoną maszyn i przyrządów jużto dźwiganych jużto łóżkowych żywo rozwijała się daléj skolijoza niewstrzymana w swym biegu, a często nawet wspierana. Historyczną też prawie wartość mają sposoby leczenia ciągłego skolijozy za pomocą łóżek wyciągowych z ekstensyją w osi podłużnéj ciała lub naciąganiem albo uciskiem w kierunku bocznym. Nie mniéj w zasłużony stan zapomnienia przeszły przyrządy dające się wmieścić w łóżko zwykłe i działające wyłącznie przez ucisk wywarty za pomocą pelot siłą szrub lub mechanizmu naciągającego, ustalonych na wypukłości krzywizn skolijotycznych. Podobnemu losowi uległy stołki ortopedyczne z urządzeniem do naciągania i pelotami uciskowemi, jako też większa część maszyn i aparatów do noszenia przeznaczonych, których działanie przeciw skrzywieniu zasadza się na ucisku za pomocą pelot, szrubą lub sprężyną regulowanym. Rzadko też wchodzą dziś w użycie pętle z miękkich pasów nad łóżkiem zawieszane, na które układał się chory wypukłością skrzywienia, gdyż przy mimowolnéj zmianie położenia chorego ustaje też łatwo wpływ zawieszenia bocznego na wyrównanie krzywizny skolijotycznéj. Zastosowanie przez Sayrego do leczenia skolijozy gorsetu gipsowego, założonego na chorym w chwili zawieszenia go za pomocą pętli głowowéj, wyparło na czas dłuższy użycie dotąd znanych aparatów i zyskało w krótkim czasie dla uproszczonéj techniki postępowania ogólne rozpowszechnienie. Myśl Sayrego utrwalenia za pomocą stężałego opatrunku poprawy skolijozy zyskanéj przez zawieszenie chorego przyjęta z entuzyjazmem, niebawem spotkała się z rozczarowaniem, gdy przy użyciu pierwotnie niezdejmowalnych gorsetów wpływ tychże zrazu korzystnie się przedstawiający nie odpowiedział następnie oczekiwaniu, a nawet wprost przez unieruchomienie dłuższe kręgosłupa szkodliwym się okazał. Z udoskonaleniem metody Sayrego gorset gipsowy zyskał na lekkości, giętkości przy dostatecznéj jednak sile opierającéj się nawrotowi poprawionego zawieszeniem skrzywienia, a przedewszystkiem tę zaletę, że może być chwilowo zdjętym z chorego i znów napowrót w zawieszeniu założonym. Najlepsze wyniki można osiągnąć wówczas, jeśli skrzywienie w zawieszeniu wyrównywa się zupełnie, skolijozy mniéj ruchome doznają pod wpływem zawieszenia i gorsetu gipsowego częściowego tylko wyrównania, na skolijozy zaś sztywne tak zawieszenie, jakoteż noszenie gorsetu gipsowego żadnego nie wywiera wpływu poprawczego. O wiele niżéj od gorsetu gipsowego pod względem wartości stoi gorset filcowy napojony szelakiem lub żywicą, który ma za zadanie utrwalić w skolijozie działanie wyrównawcze zawieszenia. Jako materyjał lekki i podatny a przytem dość oporny po oziębieniu i stężeniu zdołał wyprzeć zwłaszcza w Niemczech na czas pewien gips, niebawem jednak z powodu swéj znacznéj podatności i poddawania się w ciepłocie ciała formom skoliotycznego tułowia znowuż należnego temu musiał ustąpić miejsca.

Technika zakładania gorsetów według metody Sayrego zbyt dobrze jest znaną, aby potrzeba bliżéj ją wyjaśniać, dodam tu tylko, że zdjęcie dokładnego odcisku z tułowiu i wytworzenie odlewu pozytywnego tegoż, na którym dopiero gorset z opasek gipsowych się zlepia, przedstawia znaczne korzyści pod względem gładkości i cieńkości stanika jakoteż ze względu na łatwiejsze wymodelowanie tegoż. Trud, jaki postępowanie to zmudniejsze pociąga, opłaca się jednak nie mało, a zwłaszcza w przypadkach, gdzie rozchodzi się o wmieszczenie w gorset gipsowy Jurymastu — i wygięcie tegoż stosownie do formy skrzywionego tułowia, wielce się zaleca.

Skuteczną pomoc przy leczeniu pierwotnéj skolijozy lędźwiowéj osiągnąć można przez zastosowanie antistatycznéj

metody Buscha, która sprowadza skośne ustawienie miednicy i wywołując przezto wygięcie odcinka lędźwiowego wypukłością w stronę jéj obniżoną, prowadzi do wyrównania a nawet do wykrzywienia kręgosłupa w stronę wprost przeciwną. Volkmann i Barwell skonstruowali odpowiednią do tego celu podstawkę skośną na siedzenie, a Staffel zawiesił ją na nawet na gorsecie i ukrył we fałdach sukni kobiecych. Wobec skrócenia kończyny dolnéj i następowéj skolijozy statycznéj, wyrównanie jéj osiągnąć nie trudno przez odpowiednie podwyższenie trzewika.

Powierzenie wyłącznie gorsetowi zadania poprawy skrzywienia skolijotycznego według powszechnéj dziś zgody chirurgów jest błędem a przekonaniu temu złożono wyraz na XV zjeździe chirurgów w Berlinie. Jako więc drugi ważny czynnik, którego obok gorsetu i właśnie z jego przyczyny pominąć nie wolno, wchodzą w grę ruchy tułowiu uwolnionego od gorsetu, kąpiele, przechadzki, gimnastyka, massage, zawieszanie na trapezie wraz z wyciąganiem się w górę, a to celem wzmocnienia i odświeżenia mięśni pod powłoką gorsetu na nieczynność skazanych.

Ujemne skutki wynikłe z wyłącznego leczenia skolijozy za pomocą gorsetów zwróciły znowuż baczniejszą uwagę na dość długą metodę leczniczéj gimnastyki, któréj wartość uznał już Glisson (1671) a Szwed Ling ujął w pewien system i formę. Gimnastyka szwedzka oparta na zasadzie zaburzonéj równowagi w mięśniach i do przywrócenia jéj dążąca, trafiała w myśl teoryi mięśniowéj Eulenburga, który wartość jéj podniósł i przysporzyć jej uznainia usiłował. Uprawiana przeważnie przez zawodowców bez należytego wykształcenia, liczących jedynie na zysk i pojmujących rzecz jako rzemiosło nie mogła gimnastyka lecznicza zyskać uznania, a to tem mniéj, gdy z wyłonieniem się nowych poglądów teoryja Eulenburga z gruntu zachwianą została. Szablonowe postępowanie bez rozróżniania odpowiednich i celowi nadających się przypadków przyczyniło się również do potępienia téj metody leczniczéj, skoro przecenione jéj skutki okazały się złudnemi. Nie dziw też, że w tych warunkach większa część chirurgów wyrzekła się gimnastyki szwedzkiéj w celu leczenia skolijozy chętniéj przyjmując w jéj miejsce nowe i więcéj zaufania budzące, metody. Według zasady Linga prowadzona gimnastyka lecznicza zasadza punkt ciężkości na ruchach czynnych oporem tamowanych, a wzmacniających przez pracę osłabione mięśnie tułowia. Ruchy bierne (massage), w poczet których zalicza się również mięsienie w ścisłem słowa znaczeniu na ugniataniu, klepaniu i głaskaniu mięśni polegające, mają za zadanie przez t. z. redressowanie pod formą przepychania, przegniatania, przekrzywiania poprawić, a nawet nad miarę wyrównać skrzywienia kręgosłupa, aby po zwolnieniu w ten sposób oporów przy równoczesnem skrzepieniu mięśni zwolna chorego do samoistnego wyrównania zboczenia uzdolnić. Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób zrozumiana i prowadzona gimnastyka lecznicza w początkowych okresach skolijozy osiągnąć zdoła dobre wyniki, gdy nadto wpływ innych szkodliwych czynników zostanie trwale usunięty i zaprzeczyć się nieda, że na téj drodze nawet w przypadkach ustalonych skrzywień, uruchomienie tychże, a nawet wygładzenie częściowe zmian kostnych, zwłaszcza gdy chory nie przekroczył jeszcze okresu rozrostowego, jest możebnem tak, iż dziwić się należy, że tyle doświadczony na punkcie skolijozy Lorenz gimnastyce leczniczéj odmawia wszelkiéj wartości. Wprawdzie w wielu razach utrwalenie skutku chwilowo redressowaniem zdobytego domaga się ustalającego przyrządu, póki stała poprawa czy to skutkiem powstrzymania zboczenia chorobowego, czy też skutkiem skończonego rozrostu kości nie nastąpi, to jednak okoliczność ta nie może pozbawić gimnastyki leczniczéj w zupełności znaczenia, lecz co najwyżéj tylko je obniżyć. Przeciwnie racyjonalna gimnastyka lecznicza skombinowana z zastosowaniem gorsetu utrwalającego jéj wynik wydać może bardzo pomyślne wyniki. Słusznie też ortopedyści, którzy mieli sposobność naocznie przekonać się o skutkach gimnastyki szwedzkiéj i wyuczyć jéj reguł, pragną wywalczyć jéj prawa, a rezultaty osiągnięte przez Zandera, Aberga, Nebla i innych zachęcająco w tym kierunku wpływają. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

A. Polubiński: **O wpływie mięsienia brzucha i okolicy lędźwiowéj na czynność nerek.**

Dla przekonania się, czy wpływ ten rzeczywiście istnieje, dzielił autor mocz chorego na trzy części: Jednę oddaną wkrótce po mięsieniu, drugą w parę godzin po nim i trzecią w ciągu reszty doby i badał każdą z tych części oddzielnie. Najwybitniéj obserwował wpływ ten w porcyi oddanéj wkrótce po mięsieniu. Wyniki autora są następujące: 1. Mięsienie brzucha zwiększa znacznie ilość oddawanego moczu, co nawet odbija się na ilości moczu oddanego w ciągu całéj doby. Przy tem powiększa się nie tylko ilość wody, lecz i części stałych moczu, mocznika i w ogóle istot azotowych. 2. Mięsienie okolicy lędźwiowéj prawie wcale nie wpływa na ilość oddawanego moczu. Ilość zaś istot stałych w moczu i w ogóle istot azotowych znacznie się zwiększa. Doświadczenia autora nie są jeszcze tak liczne i ściśle naukowo przeprowadzone, ażeby można było na téj podstawie czynić stanowcze wnioski, ale gdyby dalsze badania potwierdziły podane wyżéj rezultaty, to w takim razie mielibyśmy w mięsieniu nowy środek moczopędny, który zwiększa nie tylko ilość wyprowadzonéj wody, lecz i ilość istot stałych. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Purie: **Nieco o soku żołądkowym w rozstrzeni żołądka.**

Dotychczas znane są dobrze przypadki rozstrzeni żołądka, połączonéj z t. zw. *hypersecretio hyperacida*, znacznie zaś mniéj jest opisanych przypadków tak zw. *hypersecretio anacida*, do których należy i przypadek autora. Chory skarżył się na ból i uczucie ciężkości w dołku sercowym, które zwiększały się po jedzeniu i wieczorem, na nudności, odbijanie, zgagę, brak apetytu. Badanie wykazało, że żołądek był znacznie rozszerzony, a granica jego dolna znajdowała się na 3 palce niżéj pępka. Wypróżnienie żołądka, wykonywane na czczo i po jedzeniu wykazywało zawsze dość znaczne ilości soku żołądkowego. Własności tego soku były następujące: Kwas solny zawsze był obecny, ale w ilości mniejszéj niż w stanie prawidłowym (0·067—0·159%), a ilość jego zwykle była większą na czczo wieczorem. Kwas mlekowy znaleziono tylko 3 razy. Zdolność trawienia białka była zupełnie prawidłową, nie było w treści propeptonu i syntoniny, a zawsze znajdowano peptony. Zdolność trawienia istot skrobiowych była znacznie zmniejszona, resztki bowiem pokarmów składały się prawie wyłącznie z tych istot. W moczu znajdowała się znaczna ilość chlorków, co zgadza się z tem, że inni autorowie przy zwiększonéj kwasocie soku żołądkowego znajdywali w moczu zmniejszoną ilość chlorków. Jednakowoż wbrew twierdzeniu Gluzińskiego i Jaworskiego pewne środki lecznicze (jodek potasu, salicylan sodowy) ulegały bardzo łatwo wessaniu w żołądku i wydzielały się z moczem. Padane zaś *per anum* można było wykazać po pewnym czasie w soku żołądkowym. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Chirurgija.

Prof. I. Mikulicz: (Królewiec): **Nowe doświadczenia nad operacyjnem leczeniem zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita.**

Wyniki chirurgicznego leczenia *Peritonitis perforativa*, zapisane w nowszéj literaturze, nie powinny wstrzymać od przyznania się, że rezultaty są bardzo nędzne i należy je często przypisać nie działaniu chirurga, lecz ślepemu zrządzeniu nieznanych czynników. W innym szeregu przypadków szkodzimy wprost choremu zabiegiem i to kładzie na chirurga obowiązek ograniczenia na przyszłość swych operacyj i to mianowicie do takich przypadków, które choć częściowo są jasne i przedstawiają pewne widoki pomyślnego wyniku. Zapal. otrzewny należy odróżnić: 1) według umiejscowienia punktu wyjścia; każde zap. otrz. bierze początek od narządu śródotrzewnowego i jest obowiązkiem wyszukać i zwalczać to pierwsze źródło. Powtóre należy uwzględnić różne postacie *Perit. perfor.*: a) *Peritonitis universalis diffusa*, t. j. zapal., zajmujące całą otrzewnę, cechujące się z początku lekkiem nastrzykaniem, późniéj obłoczkowatym pokładem na otrzewnéj z wypociną włóknikową i ciężkiemi septycznemi objawami, które w przeciągu kilku godzin śmierć sprowadzają. Jeżeli przy wczesnem leczeniu téj postaci uda się osiągnąć od czasu do czasu pomyślny wynik, to b) druga postać z wypociną włóknikowo-ropną: „postępujące ropne zap. otrzewny“ daje daleko lepsze rokowanie; tu nie cała otrzewna bywa zajętą, lecz kolejno rozszerza się sprawa chorobowa w ograniczonych ogniskach z pierwotnego źródła i to w przeciągu tygodni i miesięcy i tu jest zadaniem chirurga pootwierać ogniska bez zniszczenia oddzielających przegród. M. operował 11 przypadków, 5 razy z powodu *Perit. perfor.*, z tych 2 razy otrzymał wyleczenie, a 3 przypadki w inny sposób leczone zakończyły się śmiertelnie. M. czyni następujące wnioski: należy zlepione pętle jelit o ile możności zostawić *in situ*, a ogniska wyszukać, przy czem przebieg zap. otrz. daje ważną wskazówkę, aby żadnego ogniska nie przeoczyć. W przypadkach powolnie postępujących możemy wyczekiwać. Objawy: stłumienie, ból, lekkie podwyższenie ciepłoty. Co do techniki, należy nacinać w bliskości chorobowego ogniska i to dostatecznie długo; nie jest potrzebnem zaraz przy pierwszéj operacyi robić kilka cięć. Do wypłukania, które ma działać tylko czysto mechanicznie, wystarczy fizyjologiczny roztwór soli kuchennéj. Szew jelitowy należy tylko wtedy założyć, jeśli się łatwo udaje. Nie można polecić zaszycia wielkich jam, tylko aby zapobiedz wypadnięciu trzewów, należy brzegi skórne ustalić za pomocą kilku szwów. Do leczenia pooperacyjnego zaleca się nakoniec ścisłą dyjetę, wilgotne zawijania brzucha, pewnego rodzaju opatrunek unieruchomiający. Wobec dalszego trwania objawów niedrożności należy założyć odbyt nieprawidłowy. (*Berl. klin. Wochens.*, 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Edm. Rose: (Betanija): **O uleczności ropnicy.**

Badania Roberta Kocha nad etyjologiją chorób zakaźnych przyrannych dały popęd do energiczniejszego wkraczania leczniczego w przypadkach ropnicy; za pomocą doświadczenia rozstrzygnął on oddawna istniejący spór o istocie zakażenia ran, wykazując dla każdéj choroby przyrannej swoiste, stale i w ogromnéj ilości się znajdujące drobnoustroje, które są jedyną przyczyną choroby. Szczególniejszą uwagę zwracają na siebie doświadczenia Kocha wykonane na królikach, u których wywołał ropnicę, a przedewszystkiem to spostrzeżenie, że zwierzę takie jest w stanie przezwyciężyć małe ilości koków w krwi się znajdujących. Teraz narzucało się pytanie, czy to samo nie mogłoby się stać u człowieka i czy nie byłoby naszym obowiązkiem ilość koków we krwi z góry jak najbardziéj zmniejszyć. Jeżeli z drugiéj strony zważymy, że ustrój bardzo często odnosi zwycięstwo nad Ebertowskiemi prątkami durowemi, to przyznać musimy, że niesłusznem jest ograniczać się w leczeniu ropnicy tylko do zapobiegania, jak to dotąd było, tem bardziéj, że rzeczywisty przypadek ropnicy miewał prawie zawsze przebieg śmiertelny. Rose tylko wtedy rozpoznaje bez oględzin pośmiertnych ropnicę, jeżeli do zranienia przystępują częste napady dreszczów (kilka w jednym dniu), obrzęk śledziony i objawy płucne; infarkt zdradziłby się wtedy sposoczeniem, lub przynajmniéj następowem zapaleniem opłucny. Wskutek wspomnianych wyżéj badań R. Kocha, podjął R. zamiast zapobiegawczego także czynne leczenie ropnicy. Każde ognisko ropnicowe niszczy o ile możności jak najprędzéj, zraszając je obficie środkami przeciwgnilnemi i używając najsilniejszych środków wzmacniających. Postępowaniem tem mamy według zapatrywania R. Kocha nie tylko zniszczyć rozmaite złogi koków, lecz także staramy się przeto utrzymać ilość koków we krwi niżéj *minimum*, dla życia jeszcze nieszkodliwego. Od chwili zaprowadzenia tego czynnego leczenia mnożą się w uderzający sposób przypadki wyleczonéj ropnicy. W końcu opisuje R. przypadek bardzo groźnéj ropnicy przerzutowéj u 14 letniéj dziewczynki, która doznała zranienia. W chwili przyjęcia do szpitala chora, która już miała 19 dreszczów, okazywała język suchy, w płucach liczne rzężenia, obrzęk śledziony tętno dobre i częste, śpiączkę na przemian z majaczeniem; w przebiegu choroby wystąpiły przerzuty ropne w bardzo wielu stawach, z powodu których R. wykonał cały szereg ciężkich zabiegów na zajętych stawach i chora wyzdrowiała. (*Deut. med. Woch.* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Ullmann: (Wiedeń): **O t. zw. kolorectostomii.**

Liczba wskazań do wykonania kolotomii tak chętnie zalecanéj przez angielskich i francuskich chirurgów, zmniejszyła się w ostatnich latach dzięki doświadczeniu nabranemu w klinikach niemieckich. U. podaje nowy zabieg operacyjny dla tych przypadków, który nazywa kolorectostomiją t. j. połączenie części kiszki grubéj leżącéj nad rakiem, wywołującym zwężenie z częścią poniżéj leżącą, z wykluczeniem choréj. Cięcie do téj operacyi wykonywa U. według metody E. Zuckerkandla, t. j. t. zw. *sectio parasacralis* przy położeniu na boku prawym. Zyskuje się na téj operacyi oprócz tego, że się przywraca drożność przewodu pokarmowego, także i to, że kał nie stykając się z częściami odbytnicy rakiem dotkniętemi, nie drażni ich i nie pobudza do rozpadu i bujania. (*Wiener med. Presse* 1889, Nr. 24). *Dr. Kraus.*

Choroby kobiece.

E. Braun Fernwald i K. A. Herzfeld (Wiedeń): **Cięcie cesarskie i jego stosunek do sztucznego porodu przedwczesnego, obrotu, nietypowych zabiegów kleszczowych, kraniotomii i dobrowolnych porodów przy ścieśnionéj miednicy.**

Autorowie spostrzegali w klinice K. Brauna 444 przypadków ścieśnionéj miednicy; 163 razy poród ukończył się dobrowolnie a 281 razy wykonano rozmaite zabiegi: 54 razy wywołano sztuczny poród przedwczesny i to zapomocą niskiego przekłucia pęcherza płodowego. Odsetka śmiertelności matki 0, płodów 26·5. Obrót z następowem wydobyciem wykonano 89 razy: 2 razy nastąpiła śmierć rodzących, raz wskutek zakrwawienia w 3 godz. po por., raz z powodu *sepsis;* odsetka śmiertelności płodów 26·7. Nietypowy zabieg kleszczowy znalazł zastosowanie 78 razy: odsetka śmiert. płodów 12·8, matki 1·29, zato odsetka chorób połogowych wynosi 20·6 wobec 6·5 przy obrocie. Daléj wykonano 56 kraniotomii: 10 razy zakładano przed kraniotomią kleszcze bez skutku. W przeciągu 11 lat wykonano 23 razy cięcie cesarskie: ods. śmiert. wszystkich przypadków 34·7; 38·8% dla sposobu Porry, 20% dla sposobu Sängera, tylko 2 razy operowano z powodu wskazania względnego przy *conjugata* = 7 i 7·5 ctm.; w reszcie przypadków rozchodziło się o bezwzględne ścieśnienie miednicy lub o powikłania, które stanowiły bezwarunkowe wskazanie do c. ces. Na podstawie przypadków opisanych czynią autorowie następujące wnioski: opierając się na zasadzie, że życie matki bezwarunkowo wyżéj stoi, niż życie dziecka, przemawiają za o ile możności największém ograniczeniem względnego wskazania do c. ces; stawiają conjugata = 8 ctm. jako najwyższą przypuszczalną wielkość dla wskazania względnego a polecają w tych przypadkach, w których pozostaje tylko wybór między przedziurawieniem a c. cesar. wybór ten w każdym razie pozostawić matce, ewentualnie jednak wykonać perforacyję i to nawet dziecka żyjącego a następną ciążę sztucznie przerwać. Zawsze należy unikać konieczności cięcia cesarskiego zapomocą innego zabiegu położniczego. Poród przedwczesny a szczegółowo zastosowanie niskiego przekłucia pęcherza płodowego

uważają autorowie za uzasadnione we wszystkich przypadkach ścieśnienia miednicy z *conjugat.* najmniéj 7·5 ctm. Na końcu ciąży należy o ile możności wykonać profylaktyczny obrót, który szczególnie wobec miednic płaskich z *conjugat.* najmniéj 8 ctm. daje dobre wyniki. Nietypowy zabieg kleszczowy przedstawia znakomite rezultaty dla dziecka, jest jednak przy ujściu macicznêm niezupełnie rozszerzonêm zabiegiem dla matki niebezpiecznym. *(Int. kl. Rundsch.* 1889. Nr. 6). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Eisenhart (Mnichów): **O chorobach części rodnych zewnętrznych u kobiet.**

Na 4000 porodów i 658 chorych ginekologicznych leczonych w klinice Winkla spostrzegano następujące choroby zewnętrznych części rodnych: 24 razy napotkano kłykciny kończyste sromu, między niemi 20 razy u ciężarnych i rodzących, a z tych 18 razy u pierwiastek. 5 przypadków słoniowacizny sromu dotyczyło 4 niezamężnych i jednéj zamężnéj kobiety; między niemi było 3, niemających więcéj jak 30 lat. Tylko jedna z nich była poprzednio dotknięta kilą. Dwa razy zaczęła się choroba od warg większych, dwa razy od mniejszych, raz od łechtaczki. Liszaj *(lupus vulvae)* zauważono dwa razy, u 29 i 66 letniéj kobiety. Chorobę usunięto zapomocą termokauteru. Dwa razy napotkano na raka pierwotnego sromu, u 39 i 48 letniéj kobiety. W drugim operacyja była już niemożliwą, łagodzono tylko bóle zapomocą 2—5% rozczynu kokainy. Na uwagę zasługują trzy przypadki przepukliny sromu; w jednym z nich znajdywał się jajnik w worku przepuklinowym, jajnik obrzmiewał podczas regularności, a rozwinęła się przepuklina dopiero w przebiegu 8ej ciąży w 36 roku życia. Przypadek ten jest szczegółowo opisany w *Archiv. f. Gynaek.* t. XXIV; w innym znowu przypadku treść przepukliny stanowił prawy róg ciężarnéj macicy dwurożnéj. Z pęknięć międzykrocza zasługuje na uwagę pęknięcie u 25 letniéj dziewczyny z powodu upadnięcia. Z chorób ujścia zewnętrznego cewki moczowéj zasługuje na uwagę mięśniak *(myoma)* wychodzący z przegrody cewko-pochwowéj, który wycięto, i naczyniak sromu. *(Münchener med. Wochenschrift.* 1889. Nr. 21). *Dr. Kraus.*

Okulistyka.

A. Natanson: (Petersburg): **Przyczynek do kazuistyki uszkodzenia wzroku po zranieniach głowy.**

1. Mężczyzna uderzony został dyszlem jadącego wozu w prawą połowę czoła, poczem popadł w nieprzytomność, doznał krwawienia z nosa i z ust, ale nie z ucha. Na czole poniósł od zewnętrznego kąta prawego brzegu oczodołowego ranę drążącą do kości, która jest nienaruszoną. Zeszycie rany. Gałka oczna nieuszkodzona, czynnościowo jednak zupełna ślepota ($V=\frac{1}{\infty}$, brak poczucia światła). Badanie wziernikowe wykazuje, że ani środki łamiące, ani dno oka nie przedstawia zboczeń; inne nerwy mózgowe prawidłowe. W dalszym przebiegu choroby nie wystąpiły żadne objawy, któreby świadczyły o zajęciu mózgu. Po kilku miesiącach stwierdzono typowy obraz zaniku n. wzrok., źrenica prawa więcéj rozszerzona nie oddziaływa na wpadające światło, lecz synergicznie przy zasłanianiu o. l. Wobec tego szuka N. przyczyny oślepnięcia w przerwie drogi optycznéj. Jednostronność zboczenia wzroku wyklucza współudział *tract. opt.* lub *Chiasma*, gdyż wtedy upośledzenie musiałoby być obustronne *(Hemianopsia)*, a ponieważ na dnie oka zmian nie znalazł, więc przypuszcza uszkodzenie n. wzr. w tyle od wejścia naczyń środkowych i że zanik n. wzrokow. rozpoczął się od części nerwu przebiegającéj w kanale wzrok. Doświadczenia kliniczne pouczają, że urazowe uszkodzenia n. wzrok. w *Can. opt.* powstają przez złamanie górnéj ściany oczodołu. Berlin wykazał, że w złamaniach podstawy czaszki przydarza się w 90% złamanie stropu oczodołowego, które w 60% sprowadza złamanie ścian *Can. opt.* Złamania te mogą być bezpośrednie, pośrednie i przeniesione. Zboczenia wzroku po złamaniu oczodołu zostają wywołane: 1. Przez przerwę ciągłości, zmiażdżenie lub uciśnięcie n. wzr. przez oddzielone lub przesunięte odszczepy kostne; wtedy powstaje natychmiast po zranieniu oślepnięcie, które znajduje po kilku tygodniach wyraz anatomiczny w zwyrodnieniu n. wzr. i jest nieuleczalne. 2. Przez krwotoki śródpochewkowe, a powstające przez ucisk na n. wzr. zboczenie może jeszcze ustąpić. 3. Przez powikłania wtórorzędne, jak zapalenie opon mózgowych lub zapalenie śródczaszkowe; oślepnięcie jest wtedy najczęściéj jednostronne i to po stronie zranionéj. W opisanym przypadku rozpoznaje N. pośrednie złamanie kanału wzrok. W drugim przypadku, w którym chłopiec uderzony został odłamkiem pękniętéj broni, wystąpiło przedarcie naczyniówki i siatkówki, a przypadek ten jest dla tego głównie ciekawy, że przedarcie naczyniówki było poprzeczne. Hughes przytacza w archiwie Graefego tylko trzy przypadki poziomego przedarcia. *(St. Petersb. med. Woch.* 1889, Nr. 21). *Dr. Baschkopf.*

Choroby dzieci.

Prof. R. Jaksch: (Grac): **O rozpoznawaniu leukemii i leukocytozy w wieku dziecięcym.**

Przewlekły obrzęk śledziony, obrzmienie wątroby i gruczołów, trwała leukocytoza wysokiego stopnia pozwalają u dorosłych w poszczególnych przypadkach z pewnością rozpoznać leukemiję. Zupełnie inaczéj się rzecz przedstawia w wieku dziecięcym, gdyż przedewszystkiem nawet wyższe stopnie nie posiadają trwałéj leukocytozy (1:20, 1:12) owego rozpoznawczego znaczenia co u dorosłych, albowiem najrozmaitszym postaciom niedokrewności n. p. tym, które napotykamy w krzywicy, a nawet w ostrych chorobach, jak np. w płatowem zapaleniu płuc mogą towarzyszyć trwałe leukocytozy wyższego stopnia. Z drugiéj strony przydarza się w wieku dziecięcym choroba w swym przebiegu klinicznym nadzwyczaj podobna do leukemii, którą Jaksch nazwał *„Anaemia infantum pseudoleucaemica.“* Jakże więc można ten obraz choroby od leukemii odróżnić? W obu chorobach napotykamy skład krwi ten sam, obrzmienie gruczołów i obrzęk śledziony tak, że rozróżnienie jest możebne dopiero przy uwzględnianiu następujących okoliczności: w leukemii powiększa się wątroba i śledziona całkiem jednostajnie w stosunku do ich pierwotnéj objętości, zaś w *Anaemia infantum pseudoleuc.* widzimy pewien niestosunek pomiędzy wielkością wątroby i śledziony, mianowicie, że rozmiary wątroby względnie mniéj się powiększają w porównaniu do śledziony; następnie wątroba nie jest, jak w leukemii, przy dotykaniu macalna jako obrzęk gruby i o brzegu grubym, lecz mimo powiększenia rozmiarów można wyraźnie wyczuć jéj ostry dolny brzeg. Rozróżnienie to ma znaczenie nie tylko czysto naukowe, ale i wybitnie praktyczne; podczas gdy leukemija jest chorobą, która podobnie jak u dorosłych tak i u dziecka, a może nawet u tego ostatniego daleko szybciéj, prowadzi do śmierci, to przeciwnie rokowanie w *Anaemia infantum pseudoleucaemica* nie jest tak niekorzystnem. *(Wiener klin. Wochenschr.* 1889, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

I. Decker (Mnichów): **O etyjologii, rokowaniu i leczeniu niestrawności nerwowéj.**

W etyjologii odgrywają przedewszystkiem rolę wszystkie te przyczyny chorobowe, na tle których rozwija się ogólna neurastenija w swych rozmaitych postaciach. I tak rozwija się niestrawność nerwowa z upodobaniem u takich osób, w których rodzinie cierpienia narządów nerwowych są dziedziczne. Według Burkarta ma być charakterystyczną dla niestr. nerw. w następstwie ogólnego osłabienia nerwowego przeczulica, występująca po ucisku pojedynczych splotów nerwu współczulnego brzusznego i nerwów piersiowych, mianowicie: *plexus hypogastricus superior, coeliacus s. solaris* i *aorticus*. Obciążenie dziedziczne jednak nie jest jedyną usposabiającą okolicznością do niestr. nerw., gdyż znajdujemy ją także u osób zupełnie zdrowych bez obciążenia dziedzicznego niejako sztucznie wyhodowaną przez nadmierne wysilenia umysłowe i cielesne. Walka o byt, ciężkie troski i wzruszenia umysłowe, wybryki *in Venere et in Baccho* zmniejszają znacznie odporność układu nerwowego, co spotykamy nie tyle w warstwie roboczéj, ile raczéj u ludzi bogatszych. Oprócz tych nerwic żołądka są jeszcze t. z. nerwice odruchowe tj. takie, które powstają przez odruchowe drażnienie innych narządów i tak wiemy, że zadrażnienie mózgu i rdzenia pacierzowego często sprowadza odruchy żołądka,

a jeszcze częściéj mają odruchowe zadrażnienia żołądka swoją przyczynę w macicy i jelitach, a tu zasługują na uwagę przewlekłe zapalenia i zmiany położenia macicy, a ze strony jelit pasorzyty, przedewszystkiem tasiemiec. Rokowanie zależy w ogóle od nasilenia objawów i czasu trwania; pamiętać trzeba, że niestrawność, która nie powstała na tle neurastenii, więc samoistna i w części odruchowa, względnie najłatwiéj przystępną jest leczeniu. Główną zasadą terapii jest obok ogólnego leczenia całego układu nerwowego miejscowe leczenie nerwów żołądkowych jak leczenie elektrycznością, w danym razie połączone z mięsieniem. W leczeniu ogólném jak i miejscowém świadczą rozmaite zabiegi wodolecznicze, jak wycierania, chłodne kąpiele, wilgotne zawijania, tusze itp. jakoteż w ciężkich przypadkach mięsienia całego ciała znakomite usługi. Dla pewnych postaci neurastenii zaleca się także leczenie Weir-Mitchella z tą tylko odmianą, że się chorego nie odosabnia. Z leków celem uspokojenia i wzmocnienia układu nerwowego najlepsze usługi oddają sole bromowe, arsen jako roztwór Fowlera, u ludzi niedokrewnych przetwory żelaza Sole bromowe jeżeli mają skutkować, należy podawać w większych dawkach dziennych. W odpowiedniéj porze roku należy chorego wysłać w góry lub nad morze. Do leczenia miejscowego poleca D. jeszcze t. z. „szkockie tusze“ tj. skrapianie okolicy żołądka strumieniem wody przez 20 sekund naprzemian o ciepłocie 28° i 12°, wogóle przez 3 minuty. (*Münch. med. Woch.* 89. Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

Choroby weneryczne.

Prof. Lang: (Wiedeń): **O drogach i kolejach zarazka kiłowego i uwagi o leczeniu kiły.**

L. omawia wszystkie drogi, jakie przechodzi jad kiłowy w ustroju od chwili zakażenia i wysnuwa stąd kilka uwag leczniczych. Pierwszem miejscem osadzania się, a więc i pierwszym objawem jadu jest wrzód pierwotny. Rozwijanie się zarazka kiłowego sprowadza nowowytwarzanie się komórek, które L. uważa za wał, oddzielający części chore od zdrowych. Ztąd dostaje się jad do ustroju: 1) drogą naczyń limfatycznych; przejście to jest powolne. 2. drogą naczyń krwionośnych; przejście jest szybkie. 3. wędrowanie odśrodkowe, już to czynne, już też w komórkach; za tem przemawia występowanie plam i guzków w sąsiedztwie zmian pierwotnych, pokrytych nienaruszonym przyblonkiem przed zakażeniem. 4. *Infectio postinitialis*: przeniesienie jadu z zmian pierwotnych owrzodziałych na odległe części ciała z wytwarzaniem nowych zmian pierwotnych. Nawiązując do tego, omawia wycinanie zmian pierwotnych, które uważa za wskazane, jeżeli jest łatwo wykonalne. Wycinanie należy zawsze wykonywać wśród téj ostrożności, aby powierzchni rannéj na nowo nie zakazić. Dla tego używa L. przypalania powierzchni operacyjnéj palnikiem Paquelina. Daléj poleca L. do wewnętrznego używania pigułki z maści lanolinowéj z rtęcią (3·0 z 7·0 *Sacch. lactis* na 60 pigułek, 4—6 dziennie). Również chwali Unny leczenie plastrami; L. używa *Empl. hydrarg. oleinii*, (*Olein. cr. 180, Pb. oxyd. 100, Hydrarg. 30 60)*. Głębokim wstrzykiwaniom oleju szarego i oleju kalomelowego daje L. pierwszeństwo przed wcieraniami. W końcu podnosi znakomite działanie jodu i sarsaparyli. (*Archiv f. Derm. u Syph.* 1889, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

S. Prettyman: **Rzeżączka u małych dzieci.**

P. donosi o prawdziwem rzeżączkowem zapaleniu cewki moczowéj u dwóch braci w wieku 9-ciu i 11-tu-lat, którzy nabyli chorobę przez usiłowane spółkowanie z siedmnastoletnią murzynką. W dwa miesiące późniéj widział ten sam lekarz przypadek rzeżączkowego zapalenia pochwy i cewki moczowéj u dziewięcioletniéj dziewczynki, pochodzącéj z najlepszego domu. W wszystkich trzech przypadkach lekarze domowi nie rozpoznali choroby, lecz leczyli ją jako *Balanitis* i wyprysk sromu, ponieważ nie przypuszczali rzeżączki u tak młodych dzieci. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Steinbach: **Przypadek zagadkowego zaszczepienia kiły.**

S. opisuje przypadek ciężkiéj kiły u pewnego lekarza pułkowego, który podczas leczenia ropotoku worka spojówkowego nim się najpierw zaraził. Przeciw gwałtownym przypadom zapalnym cierpienia ocznego zastosowano pijawki w okolicy skroni. Jedna z ran przez ukąszenie pijawek powstałych zamieniła się w wrzód stwardniały, po którym nastąpiły charakterystyczne objawy kiły wtórorzędnéj, a w 6 miesięcy potem wybuchło guzickowe zapalenie tęczówki i groźne objawy mózgowe W jaki sposób nastąpiło zakażenie kiłowe rany po pijawce, pozostało niewyjaśnionem. (*Internationale klin. Rundschau*). *Dr. Baschkopf.*

Ingria: **O zapaleniu cewki moczowéj u kobiet**

Według doświadczeń I. z oddziału dla chorób kiłowych szpitala w Palermo zdarza się zapalenie cewki moczowéj u kobiet daleko częściéj, niż to się w ogóle sądzi. Z pomiędzy 124 kobiet dotkniętych rzeżączką napotkał 74 razy rzeżączkę cewki; a z tych było 58 bez powikłań. To uderzająco częste występowanie rzeżączki cewki u kobiet tłomaczy I. tem, że cierpienie to nadzwyczaj łatwo powraca i że u osoby, która raz niem była dotkniętą, już małoznacząca przyczyna n. p. miesiączka może na nowo chorobę wywołać. W ogóle u niewiast częściej napotyka się rzeżączkę cewki przewlekłą niż ostrą. Według I. w jednéj piątéj jego przypadków była rzeżączka cewki powikłaną z nieżytem pęcherza moczowego, który się ograniczał zawsze tylko do szyjki pęcherzowéj. Drugie wcale nie rzadkie powikłanie stanowiły kłykciny kończyste, które usadowiały się albo przy brzegu ujścia cewki, albo w dolnym jéj odcinku. Także zropienie jednego lub kilku mieszków okołocewkowych spostrzegał w kilku przypadkach. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph*., rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Feibes: **Niezwykły przypadek zakażenia kiłą.**

Podczas pobytu swego w Paryżu zawezwany został F. jako specyjalista do chorób skórnych przez kolegę swego do oznaczenia choroby u brata kolegi. F. znalazł wysypkę kiłową, nie mógł jednak wykazać miejsca, w którém jad do ustroju się dostał. Uderzało go to, że gruczoły są przeważnie po jednéj stronie ciała, i to po stronie prawéj, powiększone. Okoliczność ta, zmuszała do bliższego badania guzków na twarzy. Jeden z nich okazał podstawę twardą. Teraz dopiero rzecz się wyjaśniła. Młodzieniec golił brodę zawsze sam własną brzytwą. Wyjątkowo raz golił go golarz wprawdzie tą samą brzytwą, ale używał szczoteczki swojéj. Po tem ogoleniu został guzek, który się przez jakiś czas utrzymywał, a który lekarz wziął za guzek trądzikowy i lapisował. F., opisując ten przypadek, podnosi jak mało należy polegać na zapewnieniach, że się nie było nigdy zarażonym, i jak tylko dokładne badanie może doprowadzić do należytego rozpoznania. Leczeniem przeciwkiłowem osiągnięto skutek. (*Berliner klin. Woch.* 1889. Nr. 23). *Dr. Kraus.*

Toksykologija.

E. Schäffer (Offenbach n. M.): **Przyczynek do kazuistyki otrucia kwasem szczawiowym.**

Liczba przypadków otrucia kw. szczawiowym o tyle w ostatnich latach się powiększyła, o ile otrucia fosforem stały się rzadszemi. Kwas ten zasługuje wskutek swego wielostronnego zastósowania w przemyśle i wysokiego stopnia trujących własności pomiędzy kwasami organicznemi na szczególną uwagę. Wobec silnie trującego działania nie dziw, że posiadamy wprawdzie dokładne badania anatomiczne, ale tylko skąpe spostrzeżenia kliniczne o zatruciu u człowieka, gdyż lekarz zastaje osobę już nieżywą lub konającą; z tego powodu zasługuje na ogłoszenie następujący przypadek: młodzieniec 19-toletni kupił w drogueryi za 25 fen. kw. szczawiowego, który użył rozpuszczony w szklance wody; poprzednio wypił samobójca trzy szklanki piwa, kawę, jadł chleb z serem. Objawy były następujące: już w kilka minut po zażyciu trucizny wystąpiło silne dławienie i wymioty, gwałtowne bóle w szyi i w brzuchu, po upływie pół godziny ciężki zapad z tętnem drobném nieregularném, opóźniającém się i powierzchownem, zwolnionem oddechaniem. Sensoryjum zajęte; po krótkim czasie wystąpiły zboczenia w czuciu, silne poty na zzieczulonych dłoniach i podeszwach, kloniczne i toniczne kurcze w kończynach górnych i dolnych, podwyższenie odruchów, bóle w okolicy nerek, białko i wałeczki w moczu, moczenie krwawe i dysuryja, liczne kryształki szczawianu wapniowego i kw. szczawiowego, wystąpienie istoty redukującéj w moczu. W pierwszéj chwili wezwany

lekarz wypłukał energicznie żołądek a po przywiezieniu do szpitala wstrzyknięto choremu podskórnie kamforę, podano gorącą kawę i koniak; po kilku tygodniach samobójca wyzdrowiał. Działanie kw. szczawiowego zależy nietylko od ilości i zgęszczenia wprowadzonej trucizny, lecz także od stopnia wypełnienia żołądka pokarmami. Kobert i Küssner pierwsi wykazali w moczu istotę silnie redukującą, której powstanie Rabuteau tłomaczy wytwarzaniem się tlenku węgla z kw. szczawiowego i następowym cukromoczem. Dość często znajdujemy objawy zadrażnienia nerek, dające przy badaniu drobnowidowém i chemicznem moczu obok licznych kryształków szczawianu wapniowego zupełny obraz ostr. zapal. nerek. Obok miejscowego żrącego działania wpływa kw. szczawiowy w pierwszéj linii na mózg i rdzeń pacierzowy, co objawia się jużto stanem podrażnienia, już przygnębienia. Tak tłomaczymy sobie obniżenie parcia krwi nieregularne, zwolnione tętno a przez zadziałanie na ośrodek oddechowy zwolnione oddechanie. Udział sfery ruchowéj i czuciowéj środkowego układu nerwowego objawił się w opisanym przypadku wzmożonemi odruchami, kurczami tonicznemi i klonicznemi, an- i parestezyją. W lżejszych otruciach występują na pierwszy plan szczególniéj objawy żołądkowe, podczas gdy nerwowych brak, gdyż w takich przypadkach rozchodzi się o małe ilości i znaczne rozcieńczenie wprowadzonéj trucizny. (*Münch. med. Woch.* 1889. Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.
Sekcyja lwowska.

IV. Posiedzenie naukowe z 30 marca 1889.

Przewodniczący: Dr. Merczyński Obecnych członków 35.

1. Kol. Barącz przedstawił chorego z promienicą ludzką (*actinomycosis*).

2. Kol. Ziembicki miał zapowiedziany wykład o nowéj metodzie operowania przetok cewkowo-odbytnicowych i przedstawił chorego (J. S. lat 26 z Synowódzka) na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego metodą tą operowanego. Chory ten po doznanem przed 3-ma laty uszkodzeniu przez upadnięcie na wystający pręt żelaznego łóżka miał przetokę cewkowo odbytnicową wielkości grochu z brzegami zbliznowaciałemi z powodu nieudałych, dawniéj już kilkakrotnie próbowanych zabiegów chirurgicznych, która leżała na $2^1/_2$ ctm. po nad otworem stolcowym przy brzegu dolnym gruczołu krokowego. Zasada obecnie z dobrym wynikiem u tego chorego przeprowadzonej operacyi polega na tem, że kol. Z. oddzielił do około jak przy resekcyi lub amputacyi kiszkę stolcową na 6—7 ctm. ku górze, zeszył osobno odświeżone brzegi przetoki w cewce, a osobno w odbytnicy i następnie dla zniesienia dawnéj ciągłości przetoki umocował szwami do około otworu stolcowego kiszkę skręconą nieco około osi podłużnéj tak, że na miejsce zeszyte w cewce przypadła zupełnie normalna część ściany jelitowéj. Z powodu, że kol. Z. ma zamiar w całości umieścić ten wykład w *Przeglądzie Lekarskim*, dokładniejszego sprawozdania z niego nie podaję.

W dyskusyi kol. Wehr wątpi, czy zamierzone przesunięcie rozdzielonéj, a następnie osobno zeszytéj przetoki w ścianach cewki i kiszki odchodowéj przez umocowanie téj w położeniu około osi podłużnéj skręconem mogło się udać rzeczywiście i żeby ten moment miał stanowić główny czynnik pomyślnego wyniku operacyi. Odpreparowany kawałek kiszki stolcowéj był za krótki, ażeby na znaczniejsze skręcenie zezwolił, a wobec nieznacznego tylko skręcenia zeszyte miejsca w ścianie cewki i odbytnicy, albo wcale nie zmieniły dawniejszéj swéj ciągłości, albo też przesunięcie ich względem siebie mogło być tylko bardzo nieznaczne. Uznając jednak, że metoda kol. Z. jest nową i wobec dobrego rezultatu u przedstawionego, a nią operowanego chorego na dalsze zastosowanie zasługuje, uważa pożądanem, ażeby kol. Z. przeprowadził na zwłokach doświadczalne badanie co do stopnia możliwości takiego skręcenia prostnicy. W podobnym duchu przemówił też kol. Schramm. Kol. Ziembicki przeciwnie do podniesionej przez koll. W. i S. wątpliwości, czy umocowaniem odbytnicy w położeniu nieco skręconem około jéj osi podłużnéj udało się osiągnąć zamierzone, a dostateczne przesunięcie zeszytych miejsc przetoki w ścianach cewki i odbytnicy, nie wątpi wcale, że takowe nastąpiło już przez to, że jelito po przecięciu rozległych pasm bliznowych w okolicy przetoki musiało wskutek swéj kurczliwości i elastyczności zmienić swoją postać i to samo mogło być wystarczającem do uzyskania zamierzonéj dyslokacyi, która przez skręcenie jelita stała się jeszcze większą. Przeprowadzenie właśnie téj dyslokacyi zeszytych miejsc przetoki w ścianach cewki i odbytnicy i zniesienie dawnéj ciągłości przetoki uważa za główny warunek skuteczności użytéj przez siebie metody.

3. Kol. Lebedowicz przedstawił 30-letnią kobietę z oddziału chir. szpitala powszechnego z obrzękiem pasorzytowym wrodzonym w okolicy kości krzyżowéj, dochodzącym obecnie po powolnem wzrastaniu do wielkości głowy człowieka dorosłego. Podstawa obrzęku szeroka, powierzchnia kulista nierówna, konsystencyja miejscami więcéj, miejscami mniéj twarda, nawet chełbocząca; skóra nad nim okazuje części ciemniéj zabarwione i nieco dłuższemi, rzadkiemi włosami okryte, a nadto kilka ropiejących, krótkich przetok. Badanie przez pochwę nie wykazało żadnéj nieprawidłowości.

4. Z kolei nastąpił wniosek kol. Krobickiego w sprawie bezpłatnego leczenia. Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 lipca. Od prof. Adamkiewicza otrzymaliśmy następujące pismo, które podajemy w całéj rozciągłości, trzymając się ściśle rękopisu:

Szanowna Redakcyjo!

W odpowiedzi na pismo prof. Browicza z d. 10-go lipca b. r. mam zaszczyt przesłać Szan. Redakcyi dosłowny odpis wyniku sekcyi z d. 8/12 1887 r., wykonanéj co do układu nerwowego w mojéj obecności przez p. Dra Hempla, asystenta katedry anatomii patologicznéj i mnie, przyczem nadmieniam, że oryginalne dokumenta tegoż (pisane na moje dyktando wprost przy sekcyi przez b. mojego asystenta Doktora Steinkellera) każdemu w każdéj chwili przedłożyć jestem gotów.

„Przy sekcyi pokazało się najprzód przy wyjmowaniu rdzenia przyrośnięcie jego od *Medulla oblongata* przez całą część szyjną. Po wyjęciu rdzenia pokazuje się zrośnięcie rdzenia przedłużonego z móżdżkiem tak, że móżdżek, raczéj tylna część robaka dolnego wcale się od dna czwartéj komórki oddzielić nie da. Po przekrojeniu móżdżku przez środek widzimy dno czwartéj komórki przyrośnięte do móżdżku, wolne tylko w okolicy *Calamus scriptorius*; daléj są zrosty w miejscu *Corpus quadrigeminum* i móżdżku tak, że się jedno od drugiego zupełnie oddzielić nie da. *Aquaeductus Sylvii* przez zrosty niedrożny. Przerost tkanki łącznéj w okolicy Lingula.

Zresztą cały mózg nie okazuje nic nieprawidłowego. Natomiast od *Calamus scriptorius* na dół cała część szyjna rdzenia mocno do **otoczenia** przyrośnięta, tak samo *Dura mater* do *Pia* i do rdzenia samego tak, że *duram matrem* odsłonić ani z przodu ani z tyłu nie można bez zniszczenia istoty rdzenia.

Z przodu *Dura mater* przyrośnięta jest całkiem do powierzchni rdzenia aż w okolicę III korzenia piersiowego. Potem da się od rdzenia oddzielić, choć nie zupełnie, bo tu i owdzie są jeszcze pojedyncze *adhesiae.* W przybliżeniu do części lędźwiowéj *adhesiae* te są coraz to rzadsze, a w okolicy części sakralnéj *Dura mater* całkiem wolna aż do *Cauda equina.* Z tyłu przyrośnięty przez całą część piersiową aż do III-ga korzenia (Przyrosty, których, jak prof. Browicz twierdzi „stanowczo“ nie było, badałem przez $1^1/_2$ roku, a preparata w moim zakładzie każdéj chwili oglądać można).

Cystitis suppurativa. Peritonitis localis (z tyłu) *ex perforatione. Abscessus subperitonealis cystitydis externae. Tuberculosis pulmonum. Caverna apicis sinistri. Degeneratio caseosa magnitudinis nucis in apice dextri. Tuberculosis disseminata pulmonum. Peribronchitis caseosa nodosa. Pneumonia hypostatica ambilateralis. Tuberculosis renum et intestini crassi* **minimi gradus.** (Ta część łacińska przez jednego z pp. asystentów Drowi Steinkellerowi została podyktowaną).

Sekcyja kolana (wykonana na moje specyjalne żą-

danie przez p. Dra Hempla przedemną) pokazuje powierzchnie stawowe gładkie i normalne. Jako przyczyny nieruchomości kolan w historyi choroby opisanéj, kontraktury ścięgien zginaczów, które nawet po śmierci sprostować kolan nie pozwoliła“

Co do dyskusyi, o któréj wspomina prof. Browicz, to niezawodnie pamięć go zawiodła, gdyż dyskusyja taka nie mogła mieć miejsca. Z szacunkiem *Adamkiewicz.*

Odpowiedź prof. Adamkiewicza udzieliliśmy prof. Browiczowi, który przesyła nam następujące swoje uwagi:

W sprostowaniu mojem, podanem w ostatnim numerze *Przeglądu*, poruszyłem tylko błędy i niedokładności w ogólnem rozpoznaniu anatomicznem przypadku ogłoszonego przez prof. Adamkiewicza, a co do układu nerwowego ograniczyłem się do twierdzenia, iż „zrośnięcia móżdżku i rdzenia przedłużonego z *foramen magnum*, tak, iż „oddzielenie ich było tylko możebnem przy pomocy noża,“ a „cały rdzeń przedłużony aż do mostu był jakby obmurowany masą tkanki łącznéj“ stanowczo nie było, jak również i „tak silnego zrośnięcia rdzenia pacierzowego z kanałem kostnym kręgosłupa, że tylko za pomocą noża oddzielić się dał od niego.“

W odpowiedzi jednak na powyższe sprostowanie prof. Adamkiewicza (któremu za ogłoszenie tego drugiego oryginalnego dokumentu, którego autentyczności zapewne prof. Adamkiewicz nie zaprzeczy, bardzo jestem wdzięczny), obowiązany jestem poruszyć także w własnym interesie opis mózgu i rdzenia, za który jedynie prof. Adamkiewicz jest odpowiedzialny, gdyż, jak w sprostowaniu mojem przytoczyłem, opisu mózgu i rdzenia w protokóle w zakładzie znajdującym się nie ma, a to z tego powodu, że za mojem zezwoleniem (jak to w sprostowaniu mojem podałem), prof. Adamkiewicz zaraz mózg i rdzeń po sekcyi zabrał.

Mamy więc jako podstawę dwa oryginalne dokumenty pisane ręką prof. Adamkiewicza, jeden powyżéj umieszczony według dyktanda jego własnego, jak sam prof. Adamkiewicz podaje, zredagowany i to, jak prof. Adamkiewicz mówi, wprost przy sekcyi, a drugi w *Nowinach Lekarskich* Nr. 7.

Na tych więc obu dokumentach wyłącznie się oprę.

1) Według dyktanda prof. Adamkiewicza: „Przy sekcyi pokazało się najprzód przy wyjmowaniu rdzenia przyrośnięcie jego od *medulla oblongata* przez całą część szyjną.“

W *Nowinach* zaś: „Móżdżek i rdzeń przedłużony były bardzo silnie zrośnięte z *foramen magnum* tak, że oddzielenie ich było tylko możebnem przy pomocy noża.“

2. Według dyktanda: „Po wyjęciu rdzenia pokazuje się zrośnięcie rdzenia przedłużonego z móżdżkiem tak, iż móżdżek, raczéj część tylna robaka dolnego wcale się od dna czwartéj komórki oddzielić nie da.“ (Czyż to możebne przy topograficznym stosunku robaka dolnego do dna czwartéj komórki!).

W *Nowinach:* Po wyjęciu całego mózgu z czaszki pokazało się, iż cały rdzeń przedłużony aż do mostu był jakby obmurowany masą tkanki łącznéj. Za pomocą téj masy łącznotkankowéj zrośnięty był móżdżek z rdzeniem przedłużonym tak, iż nie można było oglądnąć komórki czwartéj.“

3) W dyktandzie: Po przekrojeniu móżdżku przez środek widzimy dno czwartéj komórki przyrośnięte do móżdżku, wolne tylko w okolicy *calamus scriptorius.*

W *Nowinach*: Tylko przez dokładne badanie można było stwierdzić, iż takowa (t. j. 4 ta komórka) w tyle przy *calamus scriptorius*, a z przodu przy *aquaeductus Sylvii* masą łączno-tkankową była zamknięta.

4) W obu opisach podane zrosty to przy *aquaeductus Sylvii*, około ciałka czworaczego zrośniętego z przednim brzegiem móżdżka, to przy *calamus scriptorius*, cała *lingula* jakby pogrzebana w przerosłéj tkance łącznéj, to dno czwartéj komórki czy z móżdżkiem czy z robakiem, a mimo to w *Nowinach* podaje prof. Adamkiewicz, że „komórka czwarta prawie prawidłowe stosunki przedstawiała.“

5) W dyktandzie: „Natomiast od *calamus scriptorius* na dół cała część szyjna rdzenia mocno do otoczenia przyrośnięta.“

W *Nowinach*: „Rdzeń pacierzowy był tak silnie zrośnięty z kanałem kostnym kręgosłupa, że tylko za pomocą noża oddzielić się dał od niego. Zrosty te sięgały od rdzenia przedłużonego aż do połowy części piersiowéj rdzenia pacierzowego.“

6) W dyktandzie: „*Dura mater* przyrośnięta jest całkiem do powierzchni rdzenia, aż do trzeciego korzenia piersiowego.“

W *Nowinach*: „Poniżéj, to jest od 6 go kręgu piersiowego nie było już zrostów (t. j. z kręgosłupem). O ile w swym przebiegu opona twarda zrośnięta z kanałem kręgowym, o tyle była także silnie zrośniętą z rdzeniem pacierzowym, (a więc do 6 go korzenia?) i „tworzyła z nim jakby jedną całość.“

7) W dyktandzie: „W przybliżeniu do części lędźwiowéj *adhesiae* te są coraz rzadsze, a w okolicy sakralnéj *dura mater* całkiem wolna aż do *cauda equina*“ (własny dyktat prof. Adamkiewicza, a gdzież leży *cauda equina?*)

8) W powyższem sprostowaniu, a więc w pierwszym oryginalnym dokumencie: „Sekcyja kolana (wykonana na moje specyjalne żądanie przez Dra Hempla przedemną) pokazuje powierzchnie stawowe gładkie i normalne. Jako przyczyny nieruchomości kolan w historyi choroby opisanéj kontraktury ścięgien zginaczów“ (co to znaczy?)

W *Nowinach*: „Skrócone zginacze podudzi zamienione na postronki łączno-tkankowe.

Zgodność obu oryginalnych dokumentów ręką prof. Adamkiewicza pisanych jest aż nadto jasną.

Co do części łacińskiéj, która mieści nonsensa co do rzeczy i stylu, jako też bigos gruźliczy (niemniejszy podany w *Nowinach*), a która miała być podyktowaną przez jednego z moich asystentów (Dr. Krokiewicz, pierwszy asystent, pracował podówczas w zakładzie Kocha w Berlinie) dostateczną obroną Dra Hempla jest rozpoznanie anatomiczne w protokóle Nr. 748 z dnia 8 grudnia 1887 własnoręcznie przez Dra Hempla spisane, a które brzmi:

Cavernae ulcerosae lobi super. pulm. sinistri. Peribronchitis nodosa tubercul. lobi super. utriusque pulmonis. Pleuropneumonia crouposa lobi infer. pulm. dextri, oedema acutum pulm. sin. Degeneratio adiposa cordis atrophici, myocarditis fibrosa ad apices musc papill. circumscripta. Maculae lacteae epicardii. Degeneratio adiposa hepatis senilis. Tumor lienis subacutus. Cystitis et paracystitis purulenta subsequente peritonitide (opuszczony ropień w szczycie pęcherza wielkości orzecha laskowego, w tekscie opisany) *Pyelitis purulenta. Abscessus renum. Ulcera tuberculosa ilei.*

Porównywając wszakże nawet to mniemane, monstrualne rozpoznanie anatomiczne w oryginalnym dokumencie prof. Adamkiewicza w powyższem sprostowaniu podane z wynikiem sekcyi podanym przez samego prof. Adamkiewicza w *Nowinach*, znajdziemy:

1) W dzisiaj podanym dokumencie: *Tuberculosis intestini crassi minimi gradus.*

W *Nowinach*: w jelitach mnóstwo gruzełków (forma gruźlicy jelitowéj dotychczas nieznana!).

2. W powyższym dokumencie: *Cyst. suppurativa.*

W *Nowinach*: Zropienie wewnętrznéj ściany pęcherza (a może to ów *abscessus subperitonealis cystitydis externae. (? !)*

Podnieść w końcu warto pierwszy ustęp badania mikroskopowego, podanego w *Nowinach*:

„Na tumorze odróżnić można drobnowidowo dwie części, treść bezpostaciową i grubą torebkę ją pokrywającą. Treść ta ma wejrzenie nacieku drobnokomórkowego,“ (a przedtem bezpostaciowa!) „rozpadającego się. Za pomocą większych powiększeń można zwłaszcza na brzegu widzieć kontury tworów kulistych i strzępy faliste (a co to jest?!) Części środkowe téj treści wypełnione masą nekrotyczną jednolitą, rozpadającą się.“ Więc przy większych powiększeniach widać było masę nekrotyczną jednolitą, a przy słabszych wejrzenie drobno komórkowego nacieku?!

Oto „dokładny opis zmian anatomicznych,“ o którym prof. Adamkiewicz we wstępie do artykułu w *Nowinach* umieszczonego wspomina.

Co do końcowego ustępu powyższego przez prof. Adamkiewicza podanego sprostowania, czy mnie pamięć zawiodła i czy dyskusyja, o jakiéj w sprostowaniu mojem wspomniałem, mogła mieć miejsce, nie mam na to oryginalnych dokumentów ręką prof. Adamkiewicza redagowanych.

Z poważaniem: *prof. Browicz.*

* Na posledzeniu najwyższéj Rady sanitarnéj, odbytem d. 13 b. m. radzca dworu Dr. Kusy zdał sprawę z obsadzenia opróżnionéj posady referenta sanitarnego we Lwowie. Jest więc nadzieja, że ważna ta posada wkrótce obsadzoną zostanie.

* W Krynicy do d. 15 bm. bawiło gości 1961, w Cieplicach czeskich do dnia 17 b. m. 3694, w Żegiestowie 343.

* **Zakopane** 23 lipca. Zakład tutejszy wodoleczniczy Dra Chramca cieszy się wielkiem powodzeniem i słusznie, ponieważ położony w pięknéj miejscowości, odpowiada wszelkim wymogom nowoczesnym, a przewyższa podobno zakłady zagraniczne taniością, a głównie wiktem dobrym i smacznym. W téj chwili zakład jest przepełniony tak, że właściciel rozszerzywszy go niedawno, będzie zmuszony przystąpić do dalszego rozszerzenia na rok przyszły, przez wystawienie kilku domków obok gmachu głównego. Pobyt w zakładzie wszyscy pacyjenci chwalą sobie nadzwyczaj, a zwłaszcza są zadowoleni z ciągłéj opieki, jaką otacza się światły i uprzejmy kierownik. Miło nam, że zakładowi krajowemu możemy wyrazić uznanie, a powodzenie, którego doznaje, najlepiéj świadczy o tem, że pochwała jest zasłużoną.

L. B.

* **Francyja.** Wśród powodzi międzynarodowych kongresów, które obecnie odbywają się w Paryżu, posiedzenia kongresu Praw kobiety zwracają na siebie uwagę publiczności francuskiéj. Lekarka pani Conta miała odczyt: O równości anatomicznéj obu płci. Studentka Frinkind mówiła: O położeniu kobiety w Polsce. Lekarka Kathe Nitchell, mając na względzie kobiety angielskie, wystąpiła z rozprawą przeciw nieumiarkowaniu i opilstwu. Powzięto kilka uchwał w rodzaju takich, jak zburzenie więzienia św. Łazarza, skasowanie prawa zabraniającego dochodzenia ojcowstwa i t. d. Nieraz zapał unosił mowczynie i padały takie argumenta: „jakim sposobem mężczyzna ma mieć większe prawa od kobiety, która go na świat wydała.“

W Paryżu odsłonięto w tych dniach pomnik Raspaila; przy wyliczaniu jego zasług naukowych podniesiono z naciskiem w tonie chwili obecnéj, zwycięską walkę Raspaila o zdobycie prawa powszechnego głosowania.

Wkrótce w miasteczku La Barre ma stanąć pomnik sławnego okulisty XVII stulecia, wynalazcy operacyi zaćmy, Jacka Daviela.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** W miejsce prof. Krafft-Ebinga Wydział lekarski przedstawił 3 kandydatów w następującéj kolei: Wagnera z Wiednia, Tuczka z Marburga i Hollzendra z Wiednia. — **Praga.** Wniosek Wydziału lek. niemieckiego względem zamianowania asystenta Dr. Krausa następcą Kohlera zwrócony został Wydziałowi przez Ministra, z wezwaniem przedstawienia trzech kandydatów. — **Bonn.** Otyjatra prof. Weber-Siel po dłuższéj chorobie powrócił do swych zajęć.

* **Nekrologija.** Asystent prof. Ludwiga we Wiedniu Dr. Schilder umarł w 30 roku życia, a w Strasburgu umarł Dr. Paweł Meyer, docent prywatny i asystent Kussmaula.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 28: Zieleniewskiego: Rys balneotechniki (c. d.) — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Przemówienie Dra Dziedzielewicza w Stryju; Korpusy wakacyjne; Zjazd gimnastyków w Paryżu; Ćwiczenia na poręczach (c. d.); Wycieczka do Stryja.

W zastępstwie redaktora: Dr. A. Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.